

The background of the entire page is a blue-tinted illustration of a human skeleton. On the left, a knee joint is highlighted with a bright yellow and orange glow, indicating inflammation. On the right, a hand and forearm are shown, with several joints (wrist, base of the thumb, and the joints of the fingers) also highlighted with the same glowing effect. The overall aesthetic is medical and scientific.

Psoriatická artritída

podme jej (po)rozumiieť

 NOVARTIS

Pár viet na úvod...

Držíte v rukách stručný materiál, ktorý by Vám mal priblížiť Vaše ochorenie a pomôcť rozumieť procesom, ktoré sa pri ňom dejú vo Vašom tele. Vyvetlíme si, čo to znamená, že psoriáza a psoriatická artritída sú chronické zápalové ochorenia, aké dôsledky môže mať prítomnosť dlhodobého zápalu v úponoch a kĺboch, čo je to zápalová bolesť chrbta, či sa dá táto choroba vyliečiť a čo všetko môže so sebou prinášať ľuďom, ktorým toto ochorenie vtrhlo do života ako nepozvaný hosť.



...o ochorení

Psoriáza, laicky nazývaná aj lupienka, postihuje v európskych krajinách asi 2% obyvateľstva. Je to chronické zápalové neinfekčné ochorenie kože, ktoré môže postihovať nielen kožu, ale aj nechty a u 20-30% pacientov sa môže rozvinúť aj postihnutie kĺbov či chrbtice (psoriatická artritída či spondylartritída). Najčastejšie sa reumatické ťažkosti objavia až po niekoľkoročnom postihnutí kože, v priemere po 10 rokoch od prvých kožných príznakov. U malej časti pacientov (15%) sa kožné aj kĺbne postihnutie vyvíja súčasne, ale výnimkou nie je ani to, že artritída sa vyvinie skôr ako kožné prejavy (v 10% prípadov). Stanovenie diagnózy je v tomto prípade o niečo zložitejšie, ale na možnosť tohto ochorenia môže upozorniť výskyt psoriázy u pokrvných príbuzných pacienta a tiež charakter postihnutia kĺbov. Častejšie sú opuchnuté a bolestivé kĺby na dolných končatinách, rozloženie postihnutých kĺbov je asymetrické, často bolia úponové miesta ako napr. päta a úpon Achillovej šľachy a v niektorých prípadoch je prítomná aj zápalová bolesť v krížovej oblasti, hlavne v ranných hodinách. Typická je tiež daktylitída, t.j. opuch a bolestivosť všetkých kĺbov jedného prsta, či už na ruke alebo na nohe, prst ktorý je celý opuchnutý - tzv. „párkovitý prst“.

Dlho sa psoriáza považovala za výlučne kožné ochorenie, ale dnes už vieme, že je často sprevádzané aj ďalšími pridruženými ochoreniami - metabolickým syndrómom (obezita, zvýšené tuky v krvi, cukrovka, hypertenzia), ktorý so sebou nesie zvýšené riziko kardiovaskulárnych ochorení, napríklad srdcového infarktu. Ľudia so psoriázou môžu mať zhoršenú kvalitu života, pretože ochorenie ich môže obmedzovať v každodenných činnostiach, v práci, zasahuje do ich partnerského života a ďalších medziľudských vzťahov. Príčinou je jednak estetická stránka, ale tiež napríklad chronická bolesť pri kĺbnom postihnutí. Z toho veľaokrát plynú depresie, pocity menejcennosti, neistoty a aj toto sú dôvody žiadať od svojho lekára pomoc.

Moderná medicína má čím ďalej, tým viac možností, ako bojovať proti prejavom tejto choroby, ale úplne ju vyliečiť zatiaľ nevieme. O spôsoboch terapie aj o režimových opatreniach si povieme v jednej z nasledujúcich kapitol.



Čo všetko môže byť prejavom psoriatickej artritídy...

1. Príznaky ochorenia v pojmoch

Pre lepšie pochopenie procesov, ktoré sa dejú v organizme pri psoriatickej artritíde, by bolo na začiatok vhodné vysvetliť si niektoré základné pojmy používané v tomto texte.

Artritída je definovaná ako bolesť a súčasný opuch kĺbu, pričom skúsený reumatológ je obvykle schopný ju rozpoznať pri klinickom vyšetrení pacienta. Pomocnou metódou na verifikáciu artritídy môže byť napr. ultrazvuk. Postihnutý môže byť ktorýkoľvek kĺb, typické je maximum ťažkostí ráno s úľavou po rozcvičení.



Entezitída je zápal úponov šliach v okolí kĺbov, ktorý sa prejavuje námahovou a pohmatovou bolesťou v mieste úponu, kde môže byť niekedy prítomný aj opuch. Tieto úponové bolesti sú častokrát veľmi silné a ich intenzita niekedy môže prevýšiť bolesť spôsobenú zápalom kĺbu. Najčastejšou je u tohto ochorenia entezitída Achillovej šľachy a plantárna fasciitída, t.j. zápal úponu na pätovej kosti zospodu chodidla. Výnimkou ale nie je ani epikondylitída v oblasti ramenných kostí, laicky známa ako tenisový lakeť.



Daktylitída je v preklade z latinčiny zápal prsta, používa sa aj názov „párkovitý prst“. Je to zvláštny ale tiež typický prejav psoriatickej artritídy, pričom postihnutý prst či už na ruke alebo na nohe, je celý opuchnutý v dôsledku zápalu všetkých troch kĺbov aj príľahlej šľachy.



Symptómy

Zápalová bolesť chrbta

je charakterizovaná ako kludová a nočná bolesť v krížovej oblasti s maximom ťažkostí v skorých ranných hodinách, ktorá je spojená s pocitom stuhnutosť. Zlepšuje sa po rozcvičení a naopak po dlhšom klude sa opäť zhoršuje. Dôvodom týchto bolestí je sakroilitída - t.j. zápal v oblasti sakroiliakálnych (krížovo-bedrových) skĺbení. Zápalom môžu byť postihnuté aj medzistavcové kĺby vyšších úsekov chrbtice - vtedy hovoríme o spondylitíde. Tá sa prejavuje podobným charakterom bolesti chrbta v postihnutom úseku a dôsledkom dlhotrvajúceho zápalu môže byť vznik charakteristických osifikácií (kostnatenia) väzov v okolí postihnutých stavcov - tzv. parasyndezmofyty.



Formy

2. Formy psoriatickej artritídy

Na začiatku zápal postihuje úpony šliach v okolí kĺbov (entezitída) a odtiaľ sa ďalej šíri do príslušného kĺbu (artritída). Vo všeobecnosti sa artritída prejavuje ako bolestivosť a opuch kĺbov, pričom postihnuté môžu byť veľké aj malé kĺby a niekedy tiež kĺby chrbtice - spočiatku hlavne sakroiliakálne kĺby alebo oblasť prechodu hrudnej a bedrovej chrbtice. Riziko postihnutia chrbtice je vyššie u nositeľov antigénu HLA B27, ktorý sa nachádza na bielych krvinkách a dá sa zistiť vyšetrením krvi.

Formy psoriatickej artritídy

Podľa lokalizácie postihnutých kĺbov rozlišujeme niekoľko foriem psoriatickej artritídy:

Asymetrická oligoartikulárna forma

je najčastejšia forma, (postihujúca 2-4 kĺby), priebeh je obvykle mierny a dokonca môže úplne vymiznúť.

Polyartikulárna forma

postihuje 5 a viac kĺbov, najčastejšie na rukách, môže teda pripomínať klasickú reumatoidnú artritídu.

Forma postihujúca DIP kĺby

(t.j. kĺby v oblasti posledných článkov prstov) - pri nej je zápal kĺbu takmer vždy sprevádzaný aj psoriázou nechtov.

Forma mutilujúca

je najvzácnnejšou formou, ktorá má zároveň najhoršiu prognózu. Prejavuje sa trvalým chronickým zápalom, ktorý vedie až k deštrukcii, čiže rozpadu postihnutých kĺbov a k následnému rozvoju deformít. Dôsledkom rozpadu kĺbu môže byť tzv. teleskopický prst (viď. obrázok).

Axiálna forma

je zvláštna skupina, ktorá postihuje kĺby chrbtice a typickým príznakom je zápalová bolesť chrbtice (viď vyššie pri vysvetlení pojmov).

Jednotlivé formy sa môžu medzi sebou kombinovať, resp. prechádzať jedna do druhej.



3. Prejavy ochorenia v laboratórnych výsledkoch a na röntgene

Neexistuje žiaden špecifický krvný test, ktorý by potvrdil psoriázu či psoriatickú artritídu, sú však testy, ktoré môžu byť v niektorých prípadoch nápomocné. Zápalové parametre ako sedimentácia červených krviniek a hladina CRP (C-reaktívneho proteínu) bývajú normálne, alebo len mierne zvýšené. Vyššie hodnoty vidíme len u pacientov s aktívnym kĺbnym postihnutím. Bežné biochemické parametre sú tiež obvykle normálne, len pri rozsiahlom kožnom postihnutí býva mierne zvýšená hladina kyseliny močovej a to vďaka rýchlejšiemu rozpadu kožných buniek. Vzhľadom k tomu, že u pacientov so psoriázou a psoriatickou artritídou je zvýšený výskyt metabolického syndrómu, môžeme častejšie vidieť aj zvýšenú glykémiu (hladinu cukru) a hladinu tukov v krvi (cholesterol, triglyceridy). Pri axiálnej forme psoriatickej artritídy môžeme preukázať pozitivitu antigénu HLA-B27.

Súčasťou diagnostiky je aj röntgenové vyšetrenie, ktoré nemusí spočiatku vykazovať žiadne zmeny, ale je dôležité v hodnotení progresie ochorenia a v súvislosti s ním aj v hodnotení efektu liečby.



Liečba

Prečo a ako sa liečiť

Spôsob liečby psoriatickej artritídy sa odvíja od viacerých faktorov a viesť by ju mal reumatológ v spolupráci s dermatológom.

Typ liečby závisí od formy psoriatickej artritídy, od závažnosti postihnutia kĺbov a tiež od súbežne prítomných kožných prejavov.

V neposlednom rade je liečba vždy výsledkom dohody medzi lekárom a pacientom. Lekár je ten, ktorý má pacientovi vysvetliť princíp ochorenia, načrtnúť možné scenáre vývoja ochorenia, poukázať na možné dôsledky neliečenej choroby a po zvážení rizík u daného pacienta, mu odporučí konkrétne možnosti liečby. Pacient je potom ten, ktorý sa rozhodne, aký spôsob liečby je pre neho najpriateľnejší.

Pri ľahších formách si niekedy vystačíme s protizápalovými liekmi, ktoré súčasne tlmia bolesti (nesteroidné antiflogistiká). U reumatikov uprednostňujeme tie, ktoré majú dlhšie trvanie účinku, aby pôsobili napríklad cez noc, dopriali pacientovi kludnejší spánok a aby zmiernili rannú stuhnutosť. Pri aktívnej artritíde sa môžu podávať aj v plných protizápalových dávkach a po zmiernení príznakov už len podľa potreby alebo vôbec. Ich dlhodobé užívanie môže byť totiž spojené s rôznymi nežiaducimi účinkami, hlavne zo strany zažívacieho traktu.

V prípade postihnutia menšieho počtu kĺbov artritídou je vhodná lokálna aplikácia injekcie glukokortikoidu priamo do kĺbu. Glukokortikoidy majú výrazný protizápalový efekt a ich lokálne podanie má menšie nežiaduce účinky než celkové podávanie týchto liečiv v tabletovej forme. Aspoň 3 dni po aplikácii je vhodné nepreťažovať ošetrovaný kĺb, aby sa minimalizovalo vstrebávanie lieku do krvného obehu a aby jeho účinok bol čo najdlhší v mieste podania. Celkové podávanie glukokortikoidov sa odporúča len vo výnimočných prípadoch u vysoko aktívnych foriem a to obvykle len prechodne do nástupu účinku bazálnej (základnej) liečby. Vysadzujeme ich potom veľmi pozvoľna, lebo rýchle vysadenie môže spôsobiť zhoršenie kĺbnych aj kožných príznakov. Dlhodobá liečba kortikoidmi môže viesť k viacerým nežiaducim účinkom, najčastejšie k osteoporóze, k nadváhe,

vzniku cukrovky, šedého zákalu, ku kožným zmenám a v kombinácii s nesteroidnými antiflogistikami môžu zvyšovať riziko krvácania zo zažívacieho traktu.

Pri závažnejších aktívnych formách

psoriatickej artritídy je na mieste bazálna liečba takzvanými chorobu modifikujúcimi liekmi. Nástup ich účinku trvá dlhšie, aj niekoľko týždňov, ale efekt je následne dlhodobý a pretrváva aj určitú dobu po vysadení lieku. Tieto lieky majú silný protizápalový efekt, sú schopné znížiť celkovú zápalovú odpoveď imunitného systému a držať ochorenie tzv. „pod kontrolou“, vrátane spomalenia či zastavenia röntgenovej progresie. Ich nevýhodou sú okrem pomalého nástupu účinku tiež možné nežiaduce účinky a nedostatočný efekt u časti pacientov. S tým súvisí dôsledné sledovanie stavu pacienta v zmysle hodnotenia aktivity ochorenia, účinnosti liečby a monitorovanie možných nežiaducich účinkov, čo si vyžaduje pravidelné klinické kontroly vrátane krvných testov. Niektoré lieky z tejto skupiny sú okrem príznakov artritídy schopné priaznivo ovplyvniť aj psoriázu. Najčastejšie používaným liekom je **metotrexát**, ktorý sa dávkuje raz týždenne, vo forme tabliet alebo podkožných injekcií. Pri jeho užívaní je nutné pravidelne kontrolovať pečeňové testy a krvný obraz a nesmie sa podávať v tehotenstve ani počas dojčenia. Ďalším liekom z tejto skupiny je **leflunomid**, ktorý má porovnateľnú účinnosť, ale užíva sa denne a je v tabletovej

forme. Má podobné nežiaduce účinky ako metotrexát a neodporúča sa u žien, ktoré plánujú tehotenstvo. Vylučovanie tohto lieku z organizmu je totiž veľmi dlhé (aj 2 roky) a preto v prípade plánovaného tehotenstva po ukončení liečby leflunomidom, je vhodná tzv. vymývacia kúra cholestyramínom v trvaní niekoľkých dní. **Sulfasalazín** je vhodný pre miernejšie formy psoriatickej artritídy. Takto liečeným pacientom sa neodporúča vystavovať sa slnečnému žiareniu vzhľadom k možnosti kožnej alergickej reakcie. U mužov môže spôsobovať prechodné zníženie počtu a pohyblivosti spermií, čo sa ale po ukončení liečby upraví.

Pri nedostatočnom efekte vyššie spomínanej terapie, alebo v prípade jej nežiaducich účinkov, je indikovaná **biologická liečba**, ktorá má výrazný efekt na kožné aj kĺbne prejavy. Objavenie týchto liekov spôsobilo zásadný prevrat v liečbe zápalových reumatických ochorení, pričom sa výrazne rozšírili možnosti liečby. Výskum nových spôsobov terapie pokračuje, pribúdajú preparáty s už známym mechanizmom účinku (TNF blokátory), ale aj nové protilátky so zameraním proti ďalším molekulám a cytokínom (inhibitory IL-17A, IL-12/23). Liečba je vedená v centre biologickej liečby a pred jej nasadením musia pacienti absolvovať podrobné vyšetrenia zamerané na už známe riziká vyplývajúce z podávania týchto liekov (pľúcne vyšetrenie s posúdením možnosti latentnej tuberkulózy, vylúčenie aktívnej infekcie atď.)

Vy sa pýtate, my odpovedáme...

V tejto časti sa posnažíme zodpovedať na otázky, ktoré najčastejšie počujeme vo svojej ambulancii od našich pacientov, ale samozrejme všetky nezodpovedané otázky by ste mali položiť svojmu ošetrojúcemu lekárovi, aby ste vedeli o svojom ochorení čo najviac. Pretože len lepšie porozumenie prináša tie správne rozhodnutia založené na vzájomnej dôvere medzi pacientom a lekárom.

1. Čo je za vznikom psoriázy a psoriatickej artritídy? Urobil som niekde chybu, že práve mňa postihla táto choroba?

Tieto ochorenia sú spôsobené viacerými faktormi, ale najdôležitejšiu rolu tu hrá genetika. Od svojich predkov dedíme určité gény, ale ich prítomnosť neznamena automaticky ochorenie. K jeho vývoju dochádza až vplyvom rôznych faktorov vonkajšieho prostredia, ktoré potom fungujú ako spúšťač faktor. Sú nimi najčastejšie úraz, infekcia, stres či niektoré lieky. Táto interakcia následne spustí kaskádu imunitných reakcií, pričom dôsledkom aktivácie jedného typu bielych krviniek (T lymfocytov) je tvorba zápalovo pôsobiacich látok - cytokínov. Tie sa potom uplatňujú v zápalovej reakcii či už v koži alebo v kĺbe. Ďalšie faktory, ktoré psoriázu nespôsobujú, ale môžu ju výrazne zhoršovať, sú fajčenie a konzumácia alkoholu.

2. Môže byť vyvolávajúcim faktorom choroby stres?

Áno, stres sa môže podieľať na vzniku choroby ako spúšťač faktor u geneticky predisponovanej osoby. Svedčia pre to skúsenosti z praxe, ale aj výskum. Často sa pri rozhovore s pacientom dozvieme, že sa ochorenie objavilo po úmrtí partnera, blízkeho príbuzného, po rozvode, či pri dlhodobom preťažení alebo problémoch v práci. Podobne pôsobí aj poranenie či úraz ako varianta „mechanického“ stresu, kedy dochádza ku vzniku výsevu psoriázy v mieste poškodenia kože. Tento jav popísal v roku 1872 doktor Koebner, ktorý si všimol vznik psoriázy práve na mieste, kde jeho pacienta uhryzol kôň. Preto sa mu dodnes hovorí Koebnerov fenomén. Vznik artritídy po úraze by teda mohol byť „hlbokou variantou“ Koebnerovho fenoménu.

3. Aká je pravdepodobnosť, že psoriázu bude mať aj moje dieťa?

Bolo zistené, že vznik psoriázy u potomkov bol častejší vtedy, ak bol psoriázou postihnutý otec a podobný efekt „otcovského génu“ bol popísaný aj u psoriatickej artritídy. Pravdepodobnosť vývoja ochorenia u detí rodičov so psoriázou súvisí aj s vekom, v ktorom došlo ku manifestácii choroby u rodiča. Na základe tohto kritéria vieme rozdeliť psoriázu na typ I (so vznikom pred 40. rokom života) a typ II (vznik po 40-tke). Typ I má výraznejšie genetické pozadie a obvykle ťažší priebeh, pričom riziko vzniku psoriázy u prvostupňového príbuzenstva je 10x vyššie než u bežnej populácie na rozdiel od typu II, kde to riziko je len dvojnásobné. Podobný trend sa pozoroval aj u psoriatickej artritídy.

4. Aký má vplyv tehotenstvo na ochorenie?

Psoriáza sa v gravidite obvykle zlepší, čo je dané zvýšenou hladinou ženských hormónov progesterónu a estradiolu, ale po pôrode naopak obvykle dochádza u väčšiny žien k zhoršeniu.

5. Môžem zlepšiť priebeh ochorenia nejakým typom stravy? Pomôžu mi výživové doplnky určené na kĺby?

Vo všeobecnosti je nezdravý životný štýl faktorom, ktorý zhoršuje vývoj psoriázy. Patrí sem obezita, fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu, dlhodobý stres a nedostatok spánku. Ak to teda otočíme, zdravá a vyvážená strava by mala byť samozrejmosťou a to v snahe znížiť riziko civilizačných aj nádorových ochorení. Dbať by ste mali na dostatok zeleniny a ovocia a naopak nepreháňať to s jedlom bohatým na cukry, rafinované uhľohydráty a nasýtené živočíšne tuky. Vždy je lepšie používať čerstvé suroviny a čo najviac sa vyhýbať potravinám s konzervačnými látkami, stabilizátormi chuti a emulgátormi.

Kĺbne výživové doplnky, tzv. chondroprotektíva, sú určené pre pacientov s osteoartrózou, čo je degeneratívne ochorenie spôsobujúce úbytok chrupavky. Na rozdiel od toho je psoriatická artritída zápalové ochorenie, ktoré si obvykle vyžaduje agresívnejšiu liečbu a efekt výživových doplnkov sa teda u nej očakávať nedá.

6. Je vhodnejšie cvičenie alebo skôr kludový režim? Čo viac prospieva mojim kĺbom – aplikácia tepla či chladu?

Pravidelné a cielené cvičenie je vo všeobecnosti odporúčané pacientom so zápalovou bolesťou chrbta. Malo by sa prevádzať na dennej báze, pretože jeho efekt na zmiernenie stuhnutosti v krížovej oblasti či vyšších etážach chrbtice je nesporný. Aj v čase akútnych ťažkostí, veľkých bolestí a opuchov kĺbov nie je vhodná úplná inaktivita. Na mieste je šetrné precvičovanie kĺbov, v prípade nepríjemnej rannej stuhnutosti drobných kĺbov rúk pomôže napríklad prehriať si ruky v teplej vode. V prípade opuchov kĺbov aj s preteplením (čo je tiež známka zápalu), môže byť nápomocná aplikácia chladu vo forme kryosáčkov aj niekoľkokrát denne na 15 minút.



Hlavný autor: MUDr. Katarína Sisol
Spoluautor: MUDr. Lenka Tarabčáková

Obrazová dokumentácia: MUDr. Lenka Tarabčáková
MUDr. Vanda Mlynáriková

V spolupráci s Novartis Slovakia s.r.o.

Žižkova 22B
811 02 Bratislava
Tel. č.: +421 2 507 06111
www.novartis.sk

